

基本的な考え方

○外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえて、(1) 外来機能に関する情報を可視化し、(2) その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、(3) 地域の医療関係者等において外来医療機関での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要である。

対策のコンセプト

(1) 外来医療機能に関する情報の可視化

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能になる。

(2) 新規開業者等への情報提供

- 可視化された情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として提供する。

(3) 外来医療に関する協議の場の設置

- **可視化する情報の内容の協議**
 - ・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報（地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等）を加えたり、機微に触れる情報（患者のプライバシー・経営情報等）を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。
- **地域での機能分化・連携方針等の協議**
 - ・充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関の機能分化・連携の方針等（救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等）について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとの方針決定できるようにする。

上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

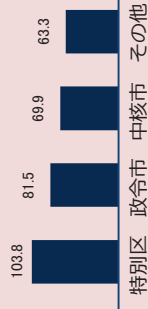
地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

資料2
第59回社会保健審議会医療部会
から抜
粋・一
部改変
平成30年1月24日

現状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が、**個々の医療機関の**自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数



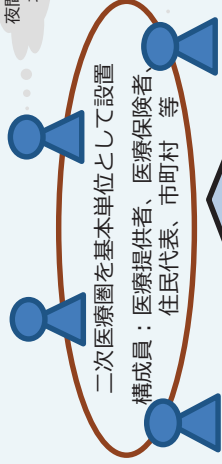
上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

(二次医療圏別)

制度改正

外来医療に関する協議の場を設置

夜間・救急体制の構築のためには、地域の診療所の協力が必要



地域医療構想調整会議を活用して協議を行うことができる

在宅医療への対応が必要

医師偏在の度合いを示す指標の導入

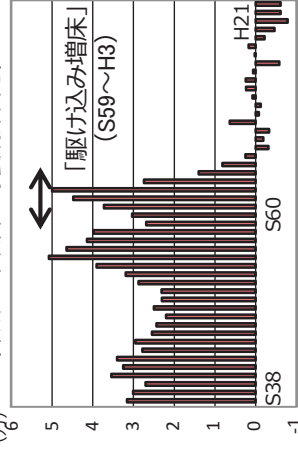
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3の間に238,916床増床）

〔参考〕一般病床数の増加数の年次推移
(平成12年以降は療養病床含む)



2. 外来医師偏在指標について（案）

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による**外来受療率**の違いを調整する。

標準化診療所医師数

外来医師偏在指標 =

$$\left[\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}$$

$$\text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性} \cdot \text{年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性} \cdot \text{年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性} \cdot \text{年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性} \cdot \text{年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

外来医師多数区域の設定について

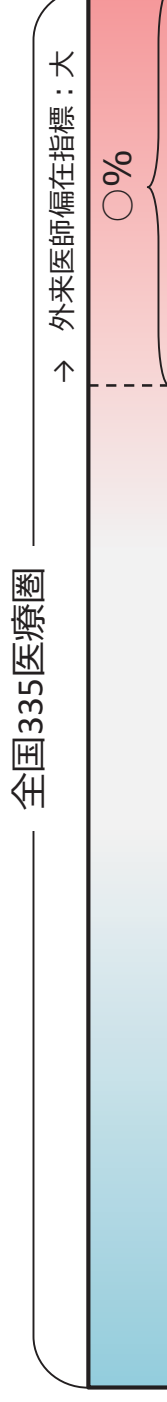
【論点】

- 外来医師偏在指標を元に、外来医師多数区域を設定し都道府県等に提供するに当たって、多数区域をどのように考えるか。

<外来医師多数区域の基本的な考え方>

- 二次医療圏ごとに、外来医師偏在指標を集計し、
・ 上位〇%を外来医師多数区域と設定し、都道府県等に情報提供を行うことで、新規開業者等における目的的な行動変容を促し、偏在是正につなげていくことが必要ではないか。

(外来医師偏在指標における外来医師多数区域の設定イメージ)



【対応（案）】

- 外来医療の偏在指標については、「新たな医師偏在指標」を参考に、より外来医療の実態を踏まえた指標とするために①人口構成等、②昼夜間を含めた流入、④医師偏在の種別、⑤医師の労働時間等を考慮したものとされており、新たな医師偏在指標との関連が高い。
- そのため、外来医師偏在指標についても、新たな医師偏在指標と同様に上位33.3%を多数区域として設定してはどうか。

3. 新規開業者等への情報提供について

【課題】

- 外来医師偏在指標や外来医師多数区域の設定に当たり、二次医療圏と市町村、いずれの単位で作成し情報提供を行うことが望ましいか。



【対応（案）】

- 以下の理由から、二次医療圏単位で可視化することとしてはどうか。
 - ・ 地域の外来医療提供体制の検討は、地域ごとの協議を踏まえて行われるべき。
 - ・ これまで医療計画の基本的な単位は二次医療圏としており、医療提供体制の検討は二次医療圏単位で行われてきている。こうしたものと整合性を確保する必要がある。
 - ・ また、外来機能の偏在の可視化に当たっては、市区町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず、正確に評価することができない。
- ただし、診療所、病院の所在等については、市区町村単位ごとにマッピングを行ったデータを都道府県に提供するなど、協議の参考にできるよう、市区町村単位の情報も活用できることとしてはどうか。

4. - ① 外来医療機能の偏在対策の基本的な方針

【背景・課題】

- これまで、医療計画においては、疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握等のPDCAサイクルの推進の対象として、5 事業および在宅医療を対象としてきた。
- このような医療提供体制について、今後、それぞれの診療所（外来医療機能）がどのような役割を担い、地域全体としての外来医療提供体制を構築していくか、地域で検討・協議していく必要があるのではないか。



【対応の方向性（案）】

- 近年、
- ・ 高齢者救急搬送の件数は増加しており、特に軽症・中等症が多い
- ・ 訪問診療の件数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要な背景があり、特に初期救急医療や在宅医療に関して協議が必要ではないか。
- そのため、すべての地域において、既存の医療機関が、今後必要とされる外来医療機能を、どのように担っていくのかについて、検討・協議を行うこととしてはどうか。
- 特に、既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においては、新規開業の際、在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等の地域で求められる医療機能を担うことを求めているかどうか。

4.－② 外来医療に関する協議の場の設置について

【課題】

- 地域の協議の場については、どのような単位、開催回数等に基づいたものとする必要があるか。



【対応（案）】

- 1) 設置区域
 - ・ 原則として、二次医療圏単位とするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途設定することも可能とする。
- 2) 会議体の体制
 - ・ 入院医療と同様、地域医療構想調整会議において議論することを可能とする。
 - ・ 地域の規模や議題等によっては、作業部会（ワーキンググループ）などを、市区町村単位を含め、地域の実情に応じた柔軟な対応を可能とする。
- 3) 開催回数
 - ・ 地域の定点的な現状と課題の把握、施策の検討等については、年1回の開催を基本とする。
- 4) 公表
 - ・ ただし、別途省令に定める臨時の会議について、開催を可能とする。
 - ・ 協議の結果をとりまとめ、公表するものとする（医療法第三十条の十八の二）。

4. - ② 外来医療に関する協議の場の設置について

【論点】

- 外来医師多数区域における新規開業について、必要な外来医療機能を担うよう求めたときの実効性を確保する仕組みが必要ではないか。



【対応(案)】

- 新規開業者に対し、届け出様式を入手する機会を捉え、外来医師多数区域であることと、医療計画に定めてある方針を提供し、新規開設者の届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことを合意する旨を記載する欄を設け、協議の場で確認できるようにすることとしてはどうか。
- 合意欄への記載が無いなど、新規開設者等が地域の外来医療提供方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととしてはどうか。
- 臨時の協議の場において、協議の場の主な構成員と、出席要請を受けた当該新規開業者で、話し合いの場をもち、その協議結果を公表することとしてはどうか。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については、適宜持ち回りとするなど、柔軟な対応を可能としてはどうか。

4. - ③ 外来医療の医療計画の全体像 (案)

【論点】

- 外来医療の医療計画に基づく実効的な外来医療の偏在対策については、地域医療構想調整会議等において地域ごとに協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
- そのため、
- 外来医療の偏在対策の実効性を確保するため、具体的な対策について協議する地域医療構想調整会議等の構成員が、医療計画の立案段階から関与することが必要ではないか。
- また、地域の協議方針に従わない医療機関等については、都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどのチェック機能をもたせることとしてはどうか。

